



**EMPFEHLUNGSBESTÄTIGUNGEN ZUR AUFNAHME IN DEN
BERUFSVERBAND DER E.U.H.**

Hiermit bestätige ich, _____

dass Frau/Herr _____

in ihrer/seiner Praxis im Sinne der Aufnahmekriterien des
Berufsverbandes der E.U.H. arbeitet.

Datum, Ort: _____

Unterschrift: _____

Hiermit bestätige ich, _____

dass Frau/Herr _____

in ihrer/seiner Praxis im Sinne der Aufnahmekriterien des
Berufsverbandes der E.U.H. arbeitet.

Datum, Ort: _____

Unterschrift: _____